

# Informationen und Hilfestellung

zur Durchführung von Meldungen zu Krebserkrankungen an  
das Krebsregister Saarland

## Krebsregister



SAARLAND



Ministerium für  
Soziales, Gesundheit,  
Frauen und Familie

SAARLAND



## Inhaltsverzeichnis

Einleitung .....	3
Allgemeine Informationen zu Meldungen an das Krebsregister Saarland .....	4
Meldepflichtige Diagnosen und Meldeanlässe .....	4
Aufbau und Inhalte der Meldebögen .....	5
Informationen zur Vergütung von Meldungen an das Krebsregister .....	5
Informationen zum Versand ausgefüllter Meldebögen .....	6
Erläuterungen zum Ausfüllen der Meldebögen .....	7
Allgemeine Informationen .....	7
Angaben zum Patienten (Abschnitt A) .....	7
Patienteninformation zur Meldung (Abschnitt B) .....	8
Angaben zum Melder (Abschnitt C) .....	8
Angaben zum Tumor (Abschnitt D) .....	9
Angaben zur Primärtherapie (Abschnitt E) .....	13
Angaben zum Tumorstatus (Abschnitt F) .....	13
Tumorkonferenz (Abschnitt G) .....	15
Frühere Tumorerkrankungen (Abschnitt H) .....	15
Allgemeiner Leistungszustand (Abschnitt I) .....	15
Operation/en (Abschnitt J) .....	16
Strahlentherapie/n (Abschnitt K) .....	17
Systemische Therapie, abwartende Strategie oder Sonstige (Abschnitt L) .....	18
Anlass der Verlaufsmeldung (Abschnitt M) .....	19
Wesentliche Änderungen im Krankheitsverlauf (Abschnitt N) .....	19
Angaben zur Therapie (Abschnitt O) .....	20
Tod des Patienten (Abschnitt P) .....	21
Anlagen .....	22
Weitere Informationen .....	23

## Einleitung

Im Zuge der Umsetzung des nationalen Krebsplans erfolgten im April 2013 Änderungen in der Sozialgesetzgebung, welche u. a. die Länder verpflichten, flächendeckende klinische Krebsregister einzurichten. Damit soll insbesondere durch Verbesserung der Datenlage die Qualität der onkologischen Versorgung optimiert werden. Zur Umsetzung der im Sozialgesetzbuch definierten Aufgaben eines klinischen Krebsregisters wird das im Saarland seit 1967 bestehende epidemiologische Krebsregister zu einem klinisch-epidemiologischen Register ausgebaut. Das Krebsregister erhebt zukünftig Informationen zu allen in der saarländischen Bevölkerung auftretenden **und** im Saarland ambulant sowie stationär diagnostizierten und behandelten Tumorerkrankungen.

Da nur mit vollzähligen und vollständigen Daten aussagekräftige Auswertungen möglich sind, **sind alle im Saarland tätigen Ärzte und Zahnärzte durch das Saarländische Krebsregistergesetz (SKRG) verpflichtet, der Vertrauensstelle des Saarländischen Krebsregisters (KRS) Informationen zu Auftreten, Behandlung und Verlauf aller bösartigen Neubildungen einschließlich Frühstadien sowie Neubildungen unsicheren und unbekanntem Verhaltens sowie gutartigen Tumoren des ZNS zu übermitteln.**

Zukünftig strebt das Krebsregister die elektronische Übermittlung der zu dokumentierenden Erkrankungsdaten über ein internetbasiertes Melderportal an. Bis zur Einführung des Melderportals und für Einzelmeldungen werden allen niedergelassenen und in der Klinik tätigen Ärzten einheitliche Meldebögen bereitgestellt. Je nach Anlass der Meldung stehen unterschiedliche, farblich gestaltete Meldebögen zur Verfügung.

Die nachfolgenden Informationen sollen Ihnen Hilfestellung bei der Durchführung von Meldungen geben.

Hinweis: In den Meldebögen und in dieser Anleitung werden weibliche Formen (z. B. Patientin, Ärztin, Melderin) zwecks besserer Lesbarkeit durchgehend unter der männlichen Form subsumiert.

## Allgemeine Informationen zu Meldungen an das Krebsregister Saarland

### Meldepflichtige Diagnosen und Meldeanlässe

Meldepflichtig sind grundsätzlich alle bösartigen Neubildungen einschließlich deren Frühstadien, Neubildungen unsicheren und unbekanntem Verhaltens sowie die gutartigen Tumoren des ZNS (siehe Tabelle 1). Eine Meldung muss bei gesicherter Diagnose eines Tumors, Beginn und Abschluss einer therapeutischen Maßnahme, Änderungen im Krankheitsverlauf (Voranschreiten der Krebserkrankung, Rezidiv, Metastasen) oder dem Tod des Patienten erfolgen. Einschränkungen gelten bei den nicht-melanotischen bösartigen Neubildungen der Haut (ICD-10: C44): nur erstmalige Diagnose und Tod des Patienten bedürfen einer Meldung. Meldungen zu Vorstufen nicht-melanotischer Hautkrebserkrankungen werden durch das Krebsregister nicht dokumentiert.

Tabelle 1: Übersicht über die meldepflichtigen Diagnosen	
Entität	ICD-10
Alle bösartigen Neubildungen	C00 - C97
In situ-Neubildungen <u>ohne</u> nicht-melanotische Carcinoma in situ der Haut	D00 - D09 <u>ohne</u> D04
Gutartige Neubildungen des ZNS	D32 - D33 und D35.2 - D35.4
Neubildungen unsicheren oder unbekanntem Verhaltens	D37 - D48

Meldungen an das Krebsregister Saarland können zukünftig auf elektronischem Weg entgegengenommen werden. Bis alle meldenden Ärzte endgültig an das Melderportal angebunden sind und für Einzelmeldungen stellt das Krebsregister entsprechend der Meldeanlässe verschiedene, farblich gestaltete Meldebögen zur Verfügung. Die Übermittlung der Meldungen hat gemäß SKRG § 5 Absatz 1 **innerhalb von vier Wochen nach dem jeweiligen eingetretenen Meldeanlass** zu erfolgen.

#### 1. Diagnose einer Tumorerkrankung:

Meldung einer Diagnosestellung eines Tumors nach hinreichender Sicherung und Diagnostik.

#### 2. Beginn und Abschluss einer therapeutischen Maßnahme:

Meldung von Therapie- und Abschlussdaten. Die therapeutische Maßnahme sollte zum Meldezeitpunkt bereits abgeschlossen sein. Eine Ausnahme stellen Langzeittherapien (z. B. Hormontherapie bei Brustkrebs) dar – hier sollte jeweils eine Meldung bei Beginn und Abschluss der therapeutischen Maßnahme erfolgen.

#### 3. Änderungen im Krankheitsverlauf:

Meldung von wesentlichen Verlaufsänderungen wie das Auftreten von Rezidiven oder Metastasen oder das Voranschreiten der Krebserkrankung.

#### 4. Tod des Patienten:

Im Falle des Todes des Patienten sollte eine Verlaufsmeldung an das Krebsregister mit dem Formblatt „Tod des Patienten“ durchgeführt werden.

Einen Sonderfall bilden die bösartigen Neubildungen der Haut, die keine Melanome sind (ICD-10: C44). Bei dieser Art von Tumoren wird ein reduzierter Datenkatalog erhoben (für epidemiologische Fragestellungen) und eine Meldung hat ausschließlich bei Diagnose und Tod des Patienten zu erfolgen (keine Therapie- oder Verlaufsmeldungen). **Für die nicht-melanotischen bösartigen Neubildungen der Haut steht ein separater Meldebogen zur Verfügung.**

Bei Meldungen von pathologischen Instituten zur Diagnosesicherung ist kein Formblatt notwendig. In diesen Fällen sollten dem Krebsregister auch weiterhin Kopien der **Pathologiebefunde** übermittelt werden.

#### Aufbau und Inhalte der Meldebögen

Jeder Meldebogen gliedert sich in mehrere Abschnitte, die jeweils mit den Buchstaben A bis P gekennzeichnet sind. Die Abschnitte mit Angaben zum Patienten, der Patienteninformation zur Meldung, Angaben zum Melder sowie einige Angaben zum Tumor sind identischer Teil aller Meldebögen. Andere Abschnitte enthalten je nach Meldeanlass spezifische Informationen.

Die **einzelnen Felder sind mit einem Index gekennzeichnet** anhand dessen Sie im vorliegenden Verzeichnis nähere Erläuterungen zum Ausfüllen des entsprechenden Feldes nachschlagen können. **Wichtige Details und Hinweise sind fett gedruckt.**

#### Informationen zur Vergütung von Meldungen an das Krebsregister

Entsprechend dem § 5 des SKRG wird für eingehende Meldungen eine Meldevergütung an die Melder ausbezahlt. Die Höhe der Meldevergütung richtet sich nach der „Krebsregister-Meldevergütung-Vereinbarung“ vom 15.12.2014 und deren Ergänzungen (Vereinbarung zwischen GKV-Spitzenverband, Deutscher Krankenhausgesellschaft, Kassenärztlicher Bundesvereinigung und Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung).

Voraussetzung für eine Auszahlung der Meldevergütung ist, dass dem Krebsregister die **vollständigen und aktuellen Informationen zur meldenden Person** vorliegen. Aus diesem Grund sollte bei erstmaliger Meldung an das Krebsregister Saarland oder im Falle einer Änderung das **Stammdatenblatt – Melder (Anlage A)** vollständig ausgefüllt werden. Diese Informationen werden jeder Auszahlung des Krebsregisters an den Leistungsempfänger zugrunde gelegt und sollten aus diesem Grund stets aktuell gehalten werden.

Neben den Daten zur meldenden Person benötigt das Krebsregister die **vollständigen Angaben zum Patienten** – einschließlich der genauen

**Krankenkassendaten und Krankenversicherungsnummer** – und je nach Meldeanlass zusätzliche Daten zum Tumor, der Therapie oder zum Verlauf.

Alle **Angaben, die für die Aufgabenerfüllung des Krebsregisters und die Auszahlung der Meldevergütung zwingend notwendig sind**, sind in der **Anlage B** – zu finden unter <http://www.krebsregister.saarland.de/> – zusammengefasst.

#### Informationen zum Versand ausgefüllter Meldebögen

Für den Postversand erhalten Sie von der Vertrauensstelle des KRS voradressierte Rückumschläge. Meldebögen können darin ohne weiteres Anschreiben eingelegt werden. Bitte verschließen Sie den Versandumschlag sorgfältig und vermerken Sie auf dem Umschlag gut lesbar **„Vertrauliche Arztsache“**.

Eine **Datenübermittlung per Telefax oder E-Mail ist nicht zulässig**.

## **Erläuterungen zum Ausfüllen der Meldebögen**

### Allgemeine Informationen

Datumsangaben: Format TT.MM.JJJJ. Sollten Tag oder Monat nicht bekannt sein, fügen Sie bitte an den entsprechenden Positionen eine 00 ein, auch 00.00 ist möglich.

Titel, Namenszusätze: Titel bzw. der akademische Grad (z. B. Prof., Dr.) und Namenszusätze (z. B. Baron von der, de la, Freifrau von, Graf) werden nach dem Nachnamen eingetragen.

### Angaben zum Patienten (Abschnitt A)

Abschnitt A umfasst persönliche Angaben zum Patienten, welche für die Zusammenführung aller im Krankheitsverlauf eingehenden Meldungen zu einem Patienten erforderlich sind („record linkage“). Sofern vorliegend, **kann an dieser Stelle alternativ auch ein Patientenetikett aufgeklebt werden**. Bitte vergewissern Sie sich, dass auf dem Etikett alle nachfolgend aufgelisteten Merkmale aufgeführt sind.

- A1:** Familienname (ggf. mit Titel bzw. Namenszusatz) und Vorname/n des Patienten.
- A2:** Geburtsnamen und/oder sonstige frühere Namen, sofern bekannt.
- A3:** Geburtsdatum des Patienten (TT.MM.JJJJ).
- A4:** Geschlecht des Patienten. Kreuzen Sie das zutreffende Feld an. **Nur eine Angabe zulässig.**
- A5:** Aktuelle Anschrift des Patienten mit Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Wohnort. Bei Patienten mit Wohnsitz außerhalb Deutschlands ist außerdem der Staat einzutragen.
- A6:** Genaue Bezeichnung der Krankenkasse, bei der der Patient versichert ist.
- A7:** Angabe der Krankenkassennummer – sofern bekannt. Die Krankenkassennummer (9-stellig) ist die eindeutige Bezeichnung der jeweiligen Krankenkasse/Versicherung und entspricht dem so genannten Institutionskennzeichen (IK) der Krankenkasse.
- A8:** Lebenslange Krankenversicherungsnummer bzw. bei Privatversicherten die Vertragsnummer des Patienten.
- A9:** Meldereigene Patienten-ID – sofern gewünscht bzw. vorhanden. Die meldereigene Patienten-ID kann vom Melder selbst vergeben werden. Sie erleichtert die patientenbezogenen Abfragen (z. B. Patienten- oder Fallnummer).

### Patienteninformation zur Meldung (Abschnitt B)

Dieser Abschnitt enthält Angaben darüber, ob der Patient über die durchgeführte Meldung informiert wurde und ob ein Widerspruch gegen die personenbezogene Speicherung der Identitätsdaten im Klartext vorliegt.

Hinweis: Jeder Patient kann der dauerhaften Speicherung seiner Identitätsdaten im Klartext – d. h. in lesbarer Form – widersprechen. **Eine Meldung an das Krebsregister durch den diagnostizierenden bzw. behandelnden Arzt hat jedoch trotz Patientenwiderspruch in jedem Fall zu erfolgen.** Im Falle eines Widerspruchs speichert das Krebsregister dauerhaft nur Zeichenfolgen, die aus den Identitätsdaten gewonnen werden, die aber eine Re-Identifizierung der Person nicht mehr zulassen. Die Informationen zur Krebserkrankung bleiben als anonymisierte Daten für statistische Auswertungen verfügbar, stehen jedoch nicht mehr für einen Abruf durch den Arzt im weiteren Behandlungsverlauf zur Verfügung.

Eine Unterrichtung des Patienten (oder gegebenenfalls des Betreuers oder Personensorgeberechtigten) über die Meldung an das Krebsregister darf nur unterbleiben, solange der begründete Verdacht besteht, dass dem Patienten bei Unterrichtung schwerwiegende gesundheitliche Nachteile entstehen. Holen Sie die Unterrichtung nach, sobald dieser Hinderungsgrund wegfällt. Das Krebsregister stellt zur Aufklärung für Patienten eine Broschüre mit allen wichtigen Informationen zur Verfügung. **Die Broschüren zur Patienteninformation erhalten Sie unentgeltlich von der Vertrauensstelle des Saarländischen Krebsregisters (<http://www.krebsregister.saarland.de/>).**

- B1:** Kreuzen Sie an, ob der Patient über die Meldung informiert wurde oder nicht. **Nur eine Angabe zulässig.** (Bitte obenstehenden Hinweis zur Patientenunterrichtung beachten).
- B2:** Hat keine Unterrichtung des Patienten stattgefunden, kreuzen Sie bitte den Grund für die Nicht-Aufklärung an. **Nur eine Angabe zulässig.** (Bitte obenstehenden Hinweis zur Patientenunterrichtung beachten).
- B3:** Kreuzen Sie dieses Feld **nur** an, sofern der Patient der Speicherung seiner personenbezogenen Daten im Klartext widersprochen hat.

### Angaben zum Melder (Abschnitt C)

Abschnitt C umfasst Angaben zu Name und Einrichtung des Melders. Bei erstmaliger Meldung oder Veränderung ist zusätzlich die **Anlage A (Stammdatenblatt – Melder)** auszufüllen. Diese Angaben werden für die Auszahlung der Meldegebühr benötigt.

- C1:** Familienname (ggf. mit akademischem Grad) und Vorname/n des Melders.
- C2:** Namen der Praxis oder Klinik, ggf. mit Abteilung/Station des Melders.
- C3:** Stempel des Arztes – sofern vorhanden.

### ----- Zusätzliche Angaben für Anlage A (Stammdatenblatt – Melder) ----- **Das Stammdatenblatt muss alle Angaben enthalten**

- C4:** Institutionskennzeichen der Klinik bzw. Praxis des meldenden Arztes (9-stellig).
- C5:** Lebenslange Arztnummer (LANR) des meldenden Arztes.
- C6:** Betriebsstättennummer (BSNR; 9-stellig) der behandelnden Klinik oder Praxis.
- C7:** Anschrift der behandelnden Einrichtung mit Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Ort.
- C8:** Familienname (mit Titel bzw. Namenszusatz) und Vorname/n eines Ansprechpartners für Rückfragen seitens des Krebsregisters.
- C9:** Kontaktdaten (Telefonnummer, Faxnummer und E-Mail Adresse) des unter C8 genannten Ansprechpartners.
- C10:** Bankverbindung für die Auszahlung der Meldevergütung. Die Auszahlung der Meldevergütung erfolgt direkt durch das Krebsregister Saarland.
- C11:** Weitere Mitteilungen an das Krebsregister Saarland.

### Angaben zum Tumor (Abschnitt D)

Abschnitt D umfasst Angaben zur Diagnose der Tumorerkrankung, zu deren Sitz und Histologie, zur Art der Diagnosesicherung, zum Grading des Tumors und Angaben zur Tumorausbreitung (Tumorklassifikation, Grobstadium und genauere Informationen zum Lymphknotenbefall und der Lokalisation von Fernmetastasen). Die Angaben beziehen sich auf den Zeitpunkt der primären Diagnosestellung.

- D1:** Datum, wann die meldepflichtige Diagnose erstmals durch einen Arzt klinisch oder mikroskopisch diagnostiziert wurde (TT.MM.JJJJ).
- D2:** Tumordiagnose des Primärtumors im Freitext und – wenn möglich – Angabe des entsprechenden ICD-Codes (Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, German Modification, 10. Ausgabe; ICD-10-GM).
- D3:** Tumorlokalisation (Sitz bzw. Organ, von welchem der Tumor ausgeht) im Freitext und – wenn möglich – Angabe des entsprechenden ICD-O-Topographiecodes (International Classification of Diseases for Oncology, 3. Ausgabe; ICD-O-3).
- D4:** Seitenlokalisation des Tumors. Kreuzen Sie das zutreffende Feld an. **Liegt eine doppelseitige Tumorerkrankung vor, verwenden Sie Bei einer Diagnosemeldung bitte für jeden Tumor/jede Seite ein separates Meldeformular.** „Trifft nicht zu“ ist anzukreuzen, wenn eine Seitenangabe nicht sinnvoll ist (z. B. bei Systemerkrankungen, Pankreaskarzinom u. a.).



Eine **Liste der als paarig definierten Organe (Anlage C)** finden Sie unter <http://www.krebsregister.saarland.de/>. **Nur eine Angabe zulässig.**

- D5:** Tumorhistologie/Morphologie als Freitext und – wenn möglich – Angabe des entsprechenden ICD-O-Morphologiecodes (International Classification of Diseases for Oncology, 3. Ausgabe; ICD-O-3). Sollte eine weitere Histologieangabe zur korrekten Beschreibung des Tumors notwendig sein, verwenden Sie bitte die zur Verfügung stehende zweite Zeile.
- D6:** Kreuzen Sie an, wie die Diagnose der Tumorerkrankung gesichert wurde. Bei mehrfach gesicherter Diagnose wählen Sie bitte die Art der Diagnosesicherung mit der höchsten Aussagekraft (siehe Tabelle 2). **Nur eine Angabe zulässig.**

Tabelle 2: Diagnosesicherung bei Tumorerkrankungen	
Bezeichnung	Erläuterung
Histologie (Primärtumor)	Feingewebliche Untersuchung von Gewebe des Primärtumors (Biopsie, OP-Präparat)
Histologie (Metastase)	Feingewebliche Untersuchung von Gewebe der Metastase (Biopsie, OP-Präparat)
Zytologie	Untersuchung von Zellen aus primären Lokalisationen inklusive Flüssigkeitsaspirationen mittels Endoskopien oder Nadeln; schließt mikroskopische Untersuchungen von peripheren Blutaussstrichen und Ausstrichen von Beckenkammaspirationen ein
Klinisch, unspezifisch	Körperliche Untersuchung ohne weitergehende tumorspezifische Diagnostik
Klinisch, spezifisch	Klinische Diagnose vor dem Sterbedatum durchgeführt; Untersuchung mittels diagnostischer Techniken wie Röntgen, Endoskopie, weitere bildgebende Verfahren, Ultraschall, exploratorische Chirurgie (Laparatomie, etc.) ohne mikroskopische Gewebediagnose
Autopsie	Diagnose des Tumors im Rahmen der inneren Leichenschau
Spezifische Tumormarker	Bestimmung von Tumormarkern in Blut, Urin, anderen Körperflüssigkeiten oder Gewebe
Unbekannt	Art der Diagnosesicherung nicht bekannt

- D7:** Histopathologischer Differenzierungsgrad der bösartigen Neubildung gemäß den Empfehlungen der WHO-Klassifikation maligner Tumore – bei der Klassifikation sind die einschlägigen Regeln der Literatur (TNM) zu beachten. Bei Vorliegen unterschiedlicher Differenzierungsgrade geben Sie bitte den ungünstigsten Grad der Differenzierung an. Tragen Sie den zutreffenden Schlüssel ein (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3: Histopathologischer Differenzierungsgrad von Tumoren	
Schlüssel	Erläuterung
<i>Für solide Tumoren:</i>	
0	Malignes Melanom der Konjunktiva
1	Gut differenziert
2	Mäßig differenziert
3	Schlecht differenziert
4	Undifferenziert
<i>Für Systemerkrankungen:</i>	
L	Low grade (G1 oder G2; niedrig maligne)
M	Intermediate (G2 oder G3; mittelgradig maligne)
H	High grade (G3 oder G4; hochmaligne)
<i>Außerdem:</i>	
X	Differenzierungsgrad kann nicht bestimmt werden
B	Borderline-Tumor
U	Unbekannt
T	Trifft nicht zu bzw. Grading nicht vorgesehen

- D8:** Stadium der Tumorerkrankung entsprechend der TNM-Klassifikation zum Diagnosezeitpunkt/Zeitpunkt der Verlaufs- oder Therapiemeldung. Tragen Sie die zutreffenden TNM-Kategorien und Präfixe ein (siehe Tabelle 4).

Tabelle 4: TNM-Kategorien und Präfixe	
TNM-Kategorien	
Schlüssel	Erläuterung
T	Tumorgröße und Ausdehnung (entitätsspezifisch)
N	Befall/Tumorabsiedlung in regionären Lymphknoten
M	Vorhandensein von Fernmetastasen/Tochtergeschwülsten (teilweise entitätsspezifisch, einschließlich Zusatzangaben wie (i+/-) und (mol+/-))
L	Lymphgefäßinvasion
	LX = Lymphgefäßinvasion kann nicht beurteilt werden
	L0 = Keine Lymphgefäßinvasion
V	L1 = Lymphgefäßinvasion
	Veneninvasion
	VX = Veneninvasion kann nicht beurteilt werden
	V0 = Keine Veneninvasion
V	V1 = Mikroskopische Veneninvasion
	V2 = Makroskopische Veneninvasion

Fortsetzung Tabelle 4 auf Seite 12

Pn	Perineuralinvasion					
	PnX = Perineurale Invasion kann nicht beurteilt werden					
	Pn0 = Keine perineurale Invasion					
	Pn1 = Perineurale Invasion					
S	Serumtumormarker					
	SX = Werte der Serumtumormarker nicht verfügbar oder entsprechende Untersuchung nicht vorgenommen					
	S0 = Serumtumormarker innerhalb der normalen Grenzen					
	S1 - S3 = Wenigstens einer der Serumtumormarker erhöht					
		LDH		HCG		AFP
	S1	< 1,5 N	und	< 5000	und	< 1000
	S2	1,5 - 10 N	oder	5000 - 50000	oder	1000 - 10000
S3	> 10 N	oder	> 50000	oder	> 10000	
N = Obere Grenze des Normalwertes						
<b>TNM-Präfixe</b>						
<b>Schlüssel</b>	<b>Erläuterung</b>					
y	Klassifikation erfolgte während oder nach initialer multimodaler Therapie					
r	Klassifikation erfolgte zur Beurteilung eines Rezidivs					
a	Klassifikation erfolgte durch Autopsie					
c	Kategorie wurde durch klinische Angaben festgestellt, bzw. erfüllt die Kriterien für p nicht					
p	Feststellung der Kategorie erfolgte durch eine pathohistologische Untersuchung, mit der auch der höchste Grad der jeweiligen Kategorie hätte festgestellt werden können					
u	Feststellung mit Ultraschall (Unterkategorie von c mit besonderer diagnostischer Relevanz, z. B. beim Rektumkarzinom)					
m	Kennzeichnet Vorhandensein multipler Primärtumoren in einem Bezirk					
	(m) = Multiple Tumoren ohne Angabe der Zahl					
	(Zahl) = Anzahl der multiplen Tumoren					
	(leer) = Keine multiplen Tumoren					

Weiterhin Angabe des Datums, an dem das Staging abgeschlossen wurde (TT.MM.JJJJ) und die Nummer der verwendeten TNM-Auflage.

**D9:** Grobstadium des Tumors bzw. die Tumorausbreitung zum Zeitpunkt der Erstdiagnose/Zeitpunkt der Verlaufs- oder Therapiemeldung. Kreuzen Sie Zutreffendes an (siehe Tabelle 5). **Nur eine Angabe zulässig.** Treffen mehrere Antworten zu, wählen Sie das prognostisch ungünstigere Stadium.

Die Angabe kann entfallen wenn vollständige Angaben unter D8 erfolgt sind.

Bezeichnung	Erläuterung
In situ	Tumoren, welche die Basalzellschicht noch nicht durchbrochen haben/nicht infiltrierend wachsen
Lokal begrenzt	Die Tumorerkrankung ist auf das primär befallene Organ begrenzt
Regionäre Lymphknoten befallen	Regionale Ausbreitung des Tumors durch Befall regionärer Lymphknoten
Fernmetastasen vorhanden	Nachweis von Tumorabsiedlungen in entfernten Organen
Infiltration benachbarter Organe/Strukturen	Der Primärtumor hat bereits umliegendes Gewebe erreicht
unbekannt	Die Ausbreitung des Tumors ist nicht bekannt

**D10:** Einstufung des Tumors nach hämatoonkologischen oder anderen Klassifikationen: Beschreiben Sie links die Art der Klassifikation als Freitext (z. B. Ann Arbor) und rechts die Ausprägung (z. B. Stadium I).

**D11:** Zur Beschreibung des Lymphknotenbefalls geben Sie bitte an (numerisch):

- wie viele Lymphknoten, einschließlich Sentinel-Lymphknoten, insgesamt untersucht wurden und wie viele davon befallen sind (Bsp. 3/15), und
- wie viele Sentinel-Lymphknoten insgesamt untersucht wurden und wie viele davon befallen sind (Bsp. 0/1).

**D12:** Im Falle des Vorhandenseins von Fernmetastasen geben Sie hier bitte deren Lokalisation an. **Mehrfachangaben möglich.**

#### Angaben zur Primärtherapie (Abschnitt E)

Dieser Abschnitt dient der Dokumentation der im Rahmen der Primärtherapie durchgeführten Therapien. Bitte erfassen Sie sowohl die durchgeführten operativen Eingriffe als auch Strahlentherapien oder systemische Therapien (Chemotherapie, Hormontherapie, Immun- und Antikörpertherapie, Knochenmarkstransplantation, Wait and see, Activer Surveillance, Zielgerichtete Substanzen, Sonstiges).

**E1:** Begonnene und/oder abgeschlossene tumorspezifische Behandlungen **im Rahmen der Primärtherapie** mit Angabe der durchführenden Einrichtung.

#### Angaben zum Tumorstatus (Abschnitt F)

In diesem Abschnitt wird der Residualstatus nach Resektion bzw. nach Abschluss der (Primär-) Therapie erfasst. F1 dient der Erfassung des lokalen Tumorstatus. F2 und F3 erfassen jeweils auf verschiedene Weise den Tumorstatus insgesamt, d. h. die Erkrankung einschließlich etwaiger Fernmetastasen.

**F1:** Beurteilung des lokalen Residualstatus nach operativer Entfernung des Tumors. Tragen Sie den zutreffenden Schlüssel ein (siehe Tabelle 6).

Tabelle 6: Residualstatus – Beurteilung nach Resektion	
Schlüssel	Bezeichnung
0	Kein Residualtumor
1	Mikroskopischer Residualtumor
1 [is]	In situ-Rest
1 [cy+]	Zytologischer Rest
2	Makroskopischer Residualtumor
X	Vorhandensein von Residualtumor kann nicht beurteilt werden.

**F2:** Gesamtbeurteilung des Residualstatus nach Abschluss der (Primär-) Therapie unter Berücksichtigung aller Manifestationsformen. Tragen Sie den zutreffenden Schlüssel ein. Erläuterungen siehe Tabelle 6.

**F3:** Gesamtbeurteilung des Tumorstatus nach Abschluss der Therapie und unter Berücksichtigung aller Manifestationsformen. Tragen Sie den zutreffenden Schlüssel ein (siehe Tabelle 7).

Tabelle 7: Tumorstatus – Gesamtbeurteilung der Tumorerkrankung		
Schlüssel	Bezeichnung	Erläuterung
V	Vollremission	Vollständige Tumorfreiheit; Dauer mind. 4 Wochen; (complete remission, CR)
T	Teilremission	Mindestens 50 % und weniger als 100 %, Rückgang des Tumors ohne Nachweis neuer Manifestationen, deutliche Besserung von Tumorsymptomen; Dauer mind. 4 Wochen; (partial remission, PR)
K	Keine Änderung	Keine wesentliche Änderung der Tumorausbreitung (weniger als 50 % Rückgang oder weniger als 25 % Zunahme) oder Voll- bzw. Teilremission für weniger als 4 Wochen bei subjektiv unveränderten Tumorsymptomen; (no change, NC = stable disease)
P	Progression	Mind. 25 % Tumorwachstum und/oder Neuauftreten anderer Tumormanifestationen
D	Divergentes Geschehen	z. T. Vollremission oder Teilremission, z. T. keine Änderung oder Progression
B	Minimales Ansprechen	Rückgang des Tumors um mind. 25 % und weniger als 50 % und klinische Besserung des Zustandes, Kriterien der Teilremission jedoch nicht erfüllt; (minimal response, MR)

Fortsetzung Tabelle 7 auf Seite 15

R	Vollremission mit residualen Auffälligkeiten	Kriterien der Vollremission erfüllt, aber kontrollbedürftige residuale Veränderungen in den bildgebenden Verfahren; (CRr)
U	Beurteilung unmöglich	Tumorstatus kann nicht beurteilt werden.

### Tumorkonferenz (Abschnitt G)

In diesem Abschnitt werden Informationen zu Tumorkonferenzen eingetragen.

**G1:** Stellung der Tumorkonferenz zur Therapie. Kreuzen Sie Zutreffendes an. **Mehrfachangaben möglich.**

**G2:** Datum der jeweiligen Tumorkonferenz (TT.MM.JJJJ).

### Frühere Tumorerkrankungen (Abschnitt H)

Abschnitt H umfasst Angaben zu bekannten früheren Tumorerkrankungen.

**H1:** Frühere Tumorleiden des Patienten – falls bekannt – als Freitext mit Angabe des dazugehörigen Diagnosedatums (TT.MM.JJJJ). Angabe von bis zu drei verschiedenen Diagnosen möglich.

### Allgemeiner Leistungszustand (Abschnitt I)

Dieser Abschnitt dient der Dokumentation des allgemeinen Leistungszustands des Patienten nach ECOG oder Karnofsky.

**I1:** Allgemeiner Leistungszustand des Patienten am Tag der Diagnose bzw. bei Verlaufsmeldungen am Tag der Feststellung. Für die Codierung wird der Schlüssel der "Eastern Cooperative Oncology Group" (ECOG) bzw. der Karnofsky-Index zugrunde gelegt. Tragen Sie den zutreffenden Schlüssel ein (siehe Tabelle 8).

Tabelle 8: Allgemeiner Leistungszustand bei Krebspatienten		
Schlüssel	nach ECOG	Karnofsky-Index [%]
0	Normale, uneingeschränkte Aktivität wie vor der Erkrankung	90-100
1	Einschränkung bei körperlicher Anstrengung, aber gehfähig; leichte körperliche Arbeit bzw. Arbeit im Sitzen (z. B. leichte Hausarbeit oder Büroarbeit) möglich	70-80
2	Gehfähig, Selbstversorgung möglich, aber nicht arbeitsfähig; kann mehr als 50 % der Wachzeit aufstehen	50-60

Fortsetzung Tabelle 8 auf Seite 16



3	Nur begrenzte Selbstversorgung möglich; ist 50 % oder mehr der Wachzeit an Bett oder Stuhl gebunden	30-40
4	Völlig pflegebedürftig, keinerlei Selbstversorgung möglich; völlig an Bett oder Stuhl gebunden	10-20
U	Unbekannt	

### Operation/en (Abschnitt J)

Dokumentieren Sie hier die **tatsächlich durchgeführten tumorspezifischen Operationen**. Pro Bogen sind Angaben für bis zu zwei unterschiedliche Operationen möglich. Bei mehreren Operationen sind weitere Bögen zu verwenden.

**J1:** Datum der Operation (TT.MM.JJJJ).

**J2:** Zielsetzung der Operation. Tragen Sie den zutreffenden Schlüssel ein (siehe Tabelle 9). Wurden im Rahmen eines operativen Eingriffes mehrere Prozeduren durchgeführt, ist die OP-Intention im Ganzen, d. h. für den kompletten Eingriff, anzugeben.

Tabelle 9: OP-Intention	
Schlüssel	Bezeichnung
K	Kurativ
P	Palliativ
D	Diagnostisch
R	Revision/Komplikation
S	Sonstiges
X	Fehlende Angabe

**J3:** Bezeichnung der durchgeführten Operation als Freitext und – wenn möglich – Angabe des zugehörigen OPS-Codes (Operationen- und Prozedurenschlüssel) mit Angabe der zur Klassifizierung verwendeten OPS-Version (Jahr, 4-stellige Angabe).

Wurden im Rahmen eines operativen Eingriffes mehrere Prozeduren durchgeführt (z. B. Entfernung von Ovar und Tube beim Ovarialkarzinom), können diese in den dafür vorgesehenen, getrennten Zeilen einzeln aufgeführt werden.

**J4:** Residualstatus nach der OP. Tragen Sie den zutreffenden Schlüssel ein (siehe Tabelle 6, Seite 14).

### Strahlentherapie/n (Abschnitt K)

Dokumentieren Sie hier die **tatsächlich durchgeführten tumorspezifischen Strahlentherapien**. Es sind Angaben für bis zu zwei unterschiedliche Radiotherapien möglich.

**K1:** Bestrahlungsbeginn (TT.MM.JJJJ).

**K2:** Ziel der Radiotherapie. Tragen Sie den zutreffenden Schlüssel ein (siehe Tabelle 10).

Tabelle 10: Therapie-Intention	
Schlüssel	Bezeichnung
K	Kurativ
P	Palliativ
S	Sonstiges
X	Fehlende Angabe

**K3:** Stellung der Bestrahlung zu einer operativen Therapie. Tragen Sie den zutreffenden Schlüssel ein (siehe Tabelle 11).

Tabelle 11: Stellung der Therapie zu einer operativen Maßnahme	
Schlüssel	Bezeichnung
O	Ohne Bezug zu einer operativen Therapie
A	Adjuvant
N	Neoadjuvant
I	Intraoperativ
S	Sonstiges

**K4:** Bestrahlungsende (TT.MM.JJJJ).

**K5:** Grund der Therapiebeendigung. Tragen Sie den zutreffenden Schlüssel ein (siehe Tabelle 12).

Tabelle 12: Grund der Therapiebeendigung bei Strahlentherapien	
Schlüssel	Erläuterung
A	Abbruch wegen Nebenwirkungen
E	Reguläres Ende
V	Patient verweigert weitere Therapie
P	Abbruch wegen Progress
S	Abbruch aus sonstigen Gründen
U	Unbekannt

**K6:** Einzeldosis bzw. Gesamtdosis der durchgeführten Strahlentherapie in Gray (Gy) oder Gigabecquerel (GBq). Achten Sie bitte auf die Angabe der Einheit und streichen Sie Unzutreffendes auf dem Meldebogen.

- K7:** Applikationsart der Strahlentherapie – Angabe des Schlüssels der Applikationsart (siehe **Anlage E**; Seite 4 des Meldebogens „Beginn und Abschluss einer therapeutischen Maßnahme“) und/oder als Freitext.
- K8:** Stelle, an der die Bestrahlung durchgeführt wurde. Angabe des Zielgebietsschlüssels (siehe **Anlage E**; Seite 4 des Meldebogens „Beginn und Abschluss einer therapeutischen Maßnahme“) und/oder als Freitext.
- K9:** Seitenlokalisation des Zielgebietes. Tragen Sie den zutreffenden Schlüssel ein (siehe Tabelle 13).

**Tabelle 13: Seitenlokalisation des Zielgebietes bei Strahlentherapien**

Schlüssel	Bezeichnung
L	Links
R	Rechts
B	Beidseitig
M	Mittig

#### Systemische Therapie, abwartende Strategie oder Sonstige (Abschnitt L)

Dokumentieren Sie hier die **tatsächlich durchgeführten systemischen Therapien oder abwartenden Strategien**. Es sind Angaben für bis zu drei unterschiedliche Therapien möglich.

- L1:** Therapiebeginn (TT.MM.JJJJ).
- L2:** Angabe, mit welchem Ziel die Therapie durchgeführt wurde. Tragen Sie den zutreffenden Schlüssel ein (siehe Tabelle 10, S. 17).
- L3:** Stellung der systemischen Therapie zur Operation. Tragen Sie den zutreffenden Schlüssel ein (siehe Tabelle 11, S. 17).
- L4:** Therapieende (TT.MM.JJJJ).
- L5:** Grund der Therapiebeendigung. Tragen Sie den zutreffenden Schlüssel ein (siehe Tabelle 14).

**Tabelle 14: Grund für Therapiebeendigung bei systemischen Therapien oder abwartenden Strategien**

Schlüssel	Erläuterung
A	Abbruch wegen Nebenwirkungen
E	Reguläres Ende
V	Patient verweigert weitere Therapie
R	Reguläres Ende mit Dosisreduktion
P	Abbruch wegen Progress
S	Abbruch aus sonstigen Gründen
U	Unbekannt

- L6:** Art der systemischen Therapie bzw. abwartenden Strategie. (Erläuterung der Therapieformen (**Anlage D**) siehe <http://www.krebsregister.saarland.de/>). **Nur eine Angabe zulässig.**
- L7:** Protokoll, nach welchem die Systemtherapie durchgeführt wurde. Geben Sie den Protokollnamen an (z. B. FEC, FOLFOX etc.).
- L8:** Substanzen (Wirkstoff) mit denen die Therapie durchgeführt wurde.
- Bei einer Kombination von Radio- und Chemotherapie bitte auch im Abschnitt K Strahlentherapie/n den entsprechenden Schlüssel der Applikationsart im Feld K7 eintragen.

#### Anlass der Verlaufsmeldung (Abschnitt M)

In diesem Abschnitt soll der Anlass der Verlaufsmeldung erfasst werden. Anlass für eine Meldung an das Krebsregister sind ausschließlich **wesentliche Veränderungen im Krankheitsverlauf** wie das Auftreten eines Rezidivs, das Auftreten von Fernmetastasen oder ein genereller Progress der Tumorerkrankung.

- M1:** Angabe, welche Änderung im Krankheitsverlauf aufgetreten ist. Kreuzen Sie Zutreffendes an. **Mehrfachangaben möglich.**
- Beim Auftreten von Mehrfachtumoren verwenden Sie bitte das Formblatt „Diagnose einer Tumorerkrankung“.**

#### Wesentliche Änderungen im Krankheitsverlauf (Abschnitt N)

Abschnitt N dient der Beschreibung der eingetretenen Veränderung im Krankheitsverlauf.

- N1:** Datum, wann die Verlaufsänderung durch einen Arzt festgestellt wurde bzw. wann die Untersuchung durchgeführt wurde, die zur Einschätzung des Tumorstatus geführt hat (TT.MM.JJJJ).
- N2:** Gesamtbeurteilung des Tumorstatus unter Berücksichtigung aller Tumormanifestationen. Tragen Sie den zutreffenden Schlüssel ein (Tabelle 7, siehe S. 14-15).
- N3:** Beurteilung des Tumorstatus des Primärtumors. Tragen Sie den zutreffenden Schlüssel ein (siehe Tabelle 15).

**Tabelle 15: Tumorstatus im Primärtumorbereich**

Schlüssel	Erläuterung
K	Kein Tumor nachweisbar
R	Lokalrezidiv
T	Tumorreste (Residualtumor)
P	Tumorreste Residualtumor Progress
N	Tumorreste Residualtumor No Change

Fortsetzung Tabelle 15 auf Seite 20

F	Fraglicher Befund
U	Unbekannt

**N4:** Beurteilung des Tumorstatus hinsichtlich des möglichen Befalls der regionären Lymphknoten. Tragen Sie den zutreffenden Schlüssel ein (siehe Tabelle 16).

Tabelle 16: Tumorstatus im Bereich der regionären Lymphknoten	
Schlüssel	Erläuterung
K	Kein Lymphknotenbefall nachweisbar
R	Neu aufgetretenes Lymphknotenrezidiv
T	Bekannter Lymphknotenbefall Residuen
P	Bekannter Lymphknotenbefall Progress
N	Bekannter Lymphknotenbefall No Change
F	Fraglicher Befund
U	Unbekannt

**N5:** Beurteilung des Tumorstatus hinsichtlich möglicher Fernmetastasen. Tragen Sie den zutreffenden Schlüssel ein (siehe Tabelle 17).

Tabelle 17: Tumorstatus im Bereich der Fernmetastasen	
Schlüssel	Erläuterung
K	Keine Fernmetastasen nachweisbar
R	Neu aufgetretene Fernmetastase(n)
M	Verbliebene Fernmetastase(n)
T	Fernmetastasen Residuen
P	Fernmetastasen Progress
N	Fernmetastasen No Change
F	Fraglicher Befund
U	Unbekannt

Kreuzen Sie außerdem die Lokalisation der Fernmetastasen – sofern vorhanden – an. **Mehrfachangaben möglich.**

#### Angaben zur Therapie (Abschnitt O)

Dieser Abschnitt dient der Dokumentation von Therapien, die aufgrund von Änderungen im Krankheitsverlauf durchgeführt wurden. Bitte erfassen Sie sowohl die durchgeführten operativen Eingriffe als auch Strahlentherapien oder systemische Therapien (Chemotherapie, Hormontherapie, Immun- und Antikörpertherapie, Knochenmarktransplantation, Wait and see, Active Surveillance, Zielgerichtete Substanzen, Sonstiges).

**O1:** Tatsächlich begommene und/oder abgeschlossene tumorspezifische Behandlungen mit Angabe der durchführenden Einrichtung.

#### Tod des Patienten (Abschnitt P)

In Abschnitt P sollen im Falle des Todes des Patienten Angaben zu den Umständen des eingetretenen Todes erfasst werden.

**P1:** Sterbedatum (TT.MM.JJJJ).

**P2:** Grundleiden der zum Tod führenden Krankheit (Todesursache) – sofern bekannt – als Freitext und – wenn möglich – Angabe des entsprechenden ICD-Codes (Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, German Modification, 10. Ausgabe; ICD-10-GM).

## Anlagen

### Anlage A: Stammdatenblatt – Melder

Bei erstmaliger Meldung an das Krebsregister Saarland oder im Falle einer Änderung ist es unbedingt notwendig das **Stammdatenblatt – Melder (Anlage A)** vollständig ausgefüllt an das Krebsregister zu übermitteln. Diese Angaben sind einerseits Voraussetzung für die Auszahlung der Meldevergütung und andererseits notwendig für die Klärung etwaiger Rückfragen seitens des Krebsregisters.

Sofern dem Register die aktuellen Stammdaten des Melders vorliegen, kann bei weiteren Meldungen auf das Ausfüllen des Stammdatenblattes verzichtet werden.

Erläuterungen zum Ausfüllen der Anlage A finden Sie unter Abschnitt C. Angaben zum Melder (Index C1 - C2, C4 – C11).

### Anlage B: Übersicht – Zwingend notwendige Angaben zur Erfüllung der Vollständigkeit einer Meldung und Auszahlung der Meldevergütung

Alle Angaben, die für die Aufgabenerfüllung des Krebsregisters und die Auszahlung der Meldevergütung zwingend notwendig sind, sind in der Anlage B zusammengefasst.

### Anlage C: Liste – Paarige Organe

Eine Liste aller als paarig bezeichneten Organe und die entsprechenden Tumorentitäten finden Sie in Anlage C.

### Anlage D: Verfahren Systemischer Therapie

In Anlage D finden Sie eine tabellarisch zusammengefasste Erläuterung der verschiedenen Formen systemischer Therapie einschließlich der eingesetzten Substanzgruppen bzw. Verfahren.

### Anlage E: Schlüsselsysteme

Anlage E erläutert die Schlüsselsysteme für die Angabe des Zielgebietes und der Applikationsart bei Strahlentherapien. Entsprechend finden Sie die Anlage auf Seite 4 des Formblattes „Beginn und Abschluss einer therapeutischen Maßnahme“.

**Alle Anlagen können über die Vertrauensstelle des KRS bezogen werden und stehen unter <http://www.krebsregister.saarland.de/> zum Download bereit.**

## Weitere Informationen

### Ansprechpartner bei Fragen zur Meldungsdurchführung und Empfänger der ausgefüllten Meldungsformulare

Krebsregister Saarland (KRS)  
 Vertrauensstelle  
 Präsident-Baltz-Straße 5  
 66119 Saarbrücken  
 Telefon: 0681/501-4538

Ansprechpartner: Frau Dr. Barbara Weber

### Bestellung von Meldebögen und Informationsmaterial

Meldebögen und Informationsbroschüren für Patienten erhalten Sie von der Vertrauensstelle des KRS in der von Ihnen benötigten Stückzahl.

### Rechtsgrundlage

Die Krebsregistrierung im Saarland und Arbeit des KRS wird durch das Saarländische Krebsregistergesetz geregelt. Die aktuelle Fassung finden Sie auf den Internetseiten des KRS unter <http://www.krebsregister.saarland.de/>.

### Weitere Informationen im Internet

Auf unserem Internetportal erhalten Sie unter <http://www.krebsregister-saarland.de/> weitere Informationen zum KRS, zur Rechtsgrundlage, zu Abläufen und Methoden, Veröffentlichungen, Beteiligung an aktuellen Forschungsprojekten sowie Zugang zur interaktiven Datenbank zum Abruf aktueller Statistiken zu Neuerkrankungen und Sterbefällen an Krebs.

**Krebsregister Saarland (KRS)**

Vertrauensstelle  
Präsident-Baltz-Straße 5  
66119 Saarbrücken  
Telefon: (0681) 501-45 38  
vertrauensstelle@krebsregister.saarland.de  
www.krebsregister.saarland.de

 /MSGFF.Saarland

Saarbrücken 2015